Kernaanbevelingen: Psychosociale interventies en opiaatdetoxificatie

Gebaseerd op de samenvatting van NICE Clinical Guideline 51: Drugs Misuse: Psychosocial Interventions en NICE Clinical Guideline 52: Opiate Detoxification. Vertaald door Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).



Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Vanderlindenstraat 15 . 1030 Brussel . vad@vad.be . www.vad.be

Colofon

Vertaling
Mieke Autrique, Nina De Paepe, Geert Verstuyf (VAD)

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw

DE DRUGLIJN
078-15-10-20



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be



Inhoudsopgave

Inleiding 5

Achtergrondinformatie bij deze publicatie 6

Prioriteiten bij de implementatie van psychosociale interventies 7
  Kortdurende interventies 7
  Zelfhulp 7
  Contingency management 7

Prioriteiten bij de implementatie van opiaatdetoxificatie 9
  Informatie, advies en ondersteuning bieden 9
  De keuze voor medicatie voor detoxificatie 9
  Ultrasnelle detoxificatie 9
  De keuze van de behandelingssetting 10

Organiseren en ontwikkelen van zorg voor cliënten die drugs misbruiken 11

Ondersteunen van familie en omgeving 12

Identificatie en assessement 13
  Vragen stellen over drugmisbruik 13
  Initiële assessment 13

Kortdurende interventies en zelfhulp 14

Psychosociale interventies 15
  Contingency management 15
  Gedragstherapie voor partners 16
  Cognitieve gedragstherapie en psychodynamische therapie 16

Opiaatdetoxificatie 17
  Assessment bij detoxificatie 17
  Informatie en advies verstrekken 17
  Farmacologische interventies bij detoxificatie van opiaten 18
  Speciale opmerkingen 19
  Cliënten die alcohol of benzodiazepines misbruiken 20
  Psychosociale interventies tijdens en na detoxificatie 20
  Verdere behandeling en ondersteuning na detoxificatie 20

Zorgsettings 21
  Community-based en residentiële settings 21
  Strafrechtelijk systeem 22

Implementatie 23

Aanvullende informatie 24
  Bestelinformatie 24
  Gerelateerde nice richtlijnen 24

VAD

INLEIDING

Deze kernaanbevelingen werd vertaald in het kader van het project ‘Kwaliteitsbevordering in de Verslavingszorg’, gesubsidieerd door het fonds ter bestrijding van verslavingen.
Richtlijnen over psychosociale interventies en opiaatdetoxificatie bestonden tot nu toe nog niet in het Nederlandse taalgebied, daarom wil VAD met deze vertaling een hiaat opvullen en tracht het een antwoord te bieden aan noden van de alcohol- en drughulpverlening.

In deze publicatie vindt u een vertaling van de kernaanbevelingen horend bij de richtlijnen die ontwikkeld werden door het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) uit het Verenigd Koninkrijk. De kernaanbeveling is gebaseerd op twee NICE-richtlijnen:

- Klinische richtlijn 51: Drugsmisbruik: psychosociale interventies
- Klinische richtlijn 52: Opiaatdetoxificatie’.

De kernaanbeveling kan gezien worden als een samenvatting van bovenstaande richtlijnen. De kernaanbevelingen zijn op duidelijke en gestructureerde wijze aangeboden, daarenboven wordt in de kernaanbeveling veelvuldig gerefereerd naar de oorspronkelijke richtlijnen. Indien u graag uitgebreidere informatie wil kan u deze vinden in de oorspronkelijke richtlijnen. Om de leesbaarheid hoog te houden zijn verwijzingen naar typisch Britse organisatorische aspecten weggelaten uit deze kernaanbeveling.

ZORG OP MAAT

Tijdens de behandeling en verzorging van cliënten moet er rekening gehouden worden met hun individuele noden en voorkeuren. Goede communicatie, ondersteund met evidence-based informatie die toelaat cliënten bewuste keuzes te maken over hun behandeling, is essentieel. Wanneer de cliënt er mee instemt, kunnen familie en andere dichtbetrokkenen de kans krijgen om betrokken te worden in keuzes die gemaakt worden over de behandeling en zorg.

ACHTERGRONDINFORMATIE BIJ DEZE PUBLICATIE

Voor wie is deze publicatie bedoeld?
Deze kernaanbeveling is bedoeld voor gezondheidsprofessionals en personeel uit de verslavingszorg.

Wie schreef de richtlijnen?
De richtlijnen werden ontwikkeld door het 'National Collaborating Centre for Mental Health' uit het Verenigd Koninkrijk. Dit is een partnerschap tussen het 'Royal College of Psychiatrists' en 'the British Psychological Society'. Het Collaborating Centre werkte samen met gezondheidszorgprofessionals (inclusief hulpverleners, artsen en verpleegkundigen), cliënten uit de hulpverlening, mantelzorgers en technisch personeel. Zij beoordeelden het bewijs en stelden de aanbevelingen op.
Voor meer informatie over de ontwikkeling van NICE-richtlijnen kan u terecht op www.nice.org.uk.

Waar kan ik meer informatie verkrijgen over de richtlijnen?
Op de website van NICE kan u de volledig uitgeschreven richtlijnen terugvinden, evenals samenvattingen van het bewijs waarop ze gebaseerd zijn, samenvattingen van de richtlijn voor de cliënt, zijn familie en mantelzorgers en tools om implementatie te ondersteunen.

Deze aanbevelingen werden geschreven in de volgende context:
De aanbevelingen presenteren de visie van het 'National Institute for Health and Clinical Excellence' en kwamen tot stand kwam na uitgebreid overleg over het beschikbare bewijs.
Er wordt verwacht dat gezondheidsprofessionals in het Verengd Koninkrijk deze richtlijn volledig in rekening brengen in de klinische praktijk. De inhoud van deze aanbevelingen staat echter niet boven de individuele verantwoordelijkheid van gezondheidsprofessionals om beslissingen te nemen aangepast aan de situatie van de individuele cliënt, in overleg met de cliënt en/of de voogd of verzorger.

PRIORITEITEN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN PSYCHO-SOCIALE INTERVENTIES

Kortdurende interventies

- Wanneer er, tijdens beperkte contacten met drughulpverleningcentra (bijvoorbeeld spuitenruil of eerstelijnsdiensten) vermoedens zijn bij de cliënt of hulpverlener van drugmisbruik, is het aangewezen dat kortdurende motiverende interventies aangeboden worden. Deze interventies moeten:
  - bestaan uit twee sessies van elk 10-45 minuten;
  - worden gebruikt om te peilen naar ambivalentie over druggebruik en over een mogelijke behandeling, met als doel het versterken van de motivatie om het gedrag te veranderen en niet-oordelende feedback te geven.

Zelfhulp

- Het is aangewezen dat hulpverleners de cliënten die drugs misbruiken systematisch informeren over zelfhulpgroepen. Deze groepen zijn normaalgezien gebaseerd op 12-stappenprogramma's; bijvoorbeeld de Anonieme Alcoholisten (AA), Narcotics Anonymous (NA) of SOS Nuchterheid.

Contingency management

Principes van contingency management

- Contingency management gericht op het verminderen van illegaal druggebruik bij cliënten in een methadononderhoudsbehandeling of bij cliënten die stimulerende middelen misbruiken, moet gebaseerd zijn op de volgende principes:
  - Het programma moet beloningen aanbieden (bonnen die kunnen worden ingeruild voor goederen of diensten die de cliënt zelf kiest, of privéleges zoals doses methadon om mee naar huis te nemen) voor elke keer dat de gebruiker een negatieve drugtest aflegt (bijvoorbeeld als hij vrij is van cocaïne of niet-voorgeschreven opiaten).
  - De frequentie van de controles moet vastgelegd worden op drie tests per week gedurende de eerste drie weken, twee tests per week voor de volgende drie weken en daarna één test per week tot stabiliteit is bereikt.
  - Als er gebruik wordt gemaakt van bonnen, moeten deze in het begin een waarde hebben van ongeveer €2.2. De waarde moet stijgen bij elke bijkomende, continue periode van abstinentie.
  - Een urineonderzoek is de meest aangewezen testmethode, maar speekseltests kunnen worden beschouwd als een alternatief.

Verbeteren van de lichamelijke gezondheid door contingency management

- Voor cliënten met risico op lichamelijke gezondheidsproblemen als gevolg van hun drugmisbruik (inclusief overdraagbare ziekten), moeten materiële beloningen (bijvoorbeeld winkelbonnen van maximum € 11) worden overwogen om schade door druggebruik te beperken. Deze beloningen worden bij voorkeur aangeboden worden op een 'one-off'-basis, gedurende een beperkte periode, volgend op de instemming met of na het voltooien van schadebeperkende interventies, , en meer in het bijzonder:
  - een hepatitis B/C-test en hiv-test;
  - een hepatitis B-immunisatie;
  - een tuberculosetest.

Implementeren van contingency management

- Drughulpverleningcentra moeten garanderen dat het personeel opgeleid is in contingency management en dat het competenties heeft op vlak van de sneltests[1] en het voorzien van contingency management.

[1] Bij sneltests worden laboratoriumtests in het drughulpverleningscentrum zelf uitgevoerd en zijn de resultaten van de test onmiddellijk beschikbaar.

PRIORITEITEN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN OPIAAT-DETOXIFICATIE

Informatie, advies en ondersteuning bieden

- Detoxificatie dient een toegankelijke behandelingsoptie te zijn voor cliënten met een opiaatafhankelijkheid die met geïnformeerde toestemming kiezen voor een detoxificatie.

- Om de geïnformeerde toestemming van de cliënt te bekomen, dient het personeel aan zijn cliënten gedetailleerde informatie te verstrekken over detoxificatie en de bijhorende risico's, waaronder:
  - de lichamelijke en psychologische aspecten van opiaatdetoxificatie, inclusief de duur, intensiteit en de ernst van de symptomen en hoe ze kunnen worden opgevangen;
  - het gebruik van niet-farmacologische technieken om ontwenningsverschijnselen op te vangen;
  - het verlies van opiaattolerantie na de detoxificatie en het hierbij horende verhoogde risico op overdosis en overlijden als gevolg van illegaal druggebruik, wat kan worden versterkt door het gebruik van alcohol of benzodiazepines;
  - het belang van langdurige ondersteuning en van psychosociale en farmacologische interventies om abstinentie te behouden, comorbide psychiatrische gezondheidsproblemen te behandelen en het risico op nadelige uitkomsten (inclusief overlijden) te beperken.

De keuze voor medicatie voor detoxificatie

- Methadon of buprenorfine moeten worden aangeboden als eerste keuze behandeling bij detoxificatie van opiaten. Bij de keuze voor één van beide geneesmiddelen houden gezondheidswerkers best rekening met:
  - de vraag of de cliënt een methadon- of buprenorfineonderhoudsbehandeling krijgt: als dat het geval is, moet de detoxificatie van opiaten worden opgestart met dezelfde medicatie;
  - de voorkeur van de cliënt.

Ultrasnelle detoxificatie

- Ultrasnelle detoxificatie onder algemene verdoving of onder algemene narcose of onder zware sedatie, is niet aangewezen. Dit omwille van het risico op ernstige bijwerkingen en gevolgen zoals overlijden.

De keuze van de behandelingssetting

- Een community-based[2] programma moet standaard aangeboden worden aan alle cliënten die een opiaatdetoxificatie overwegen. Uitzonderingen hierop zijn gebruikers die:
  - geen baat hebben gehad bij eerdere community-based detoxificatie
  - medische en/of verpleegkundige zorgen nodig hebben omwille van ernstige comorbide lichamelijke of psychiatrische gezondheidsproblemen;
  - moeten ontwennen van een verslaving aan meerdere drugs, bijvoorbeeld tegelijk ontwennen van alcohol en benzodiazepines;
  - ernstige sociale problemen hebben, die de winst die kan gehaald worden uit community-based detoxificatie beperken.

[2] Community-based programma's zijn ingebed in de gemeenschap en zorgen voor de ontwikkeling ervan. De praktijk van zelfhulpgroepen waarbij cliënten gemeenschappelijk zelf zoeken naar oplossingen staan in verband met het community-based werken. Community-based programma's zijn laagdrempelig en voor iedereen toegankelijk.

ORGANISEREN EN ONTWIKKELEN VAN ZORG VOOR CLIËNTEN DIE DRUGS MISBRUIKEN

- Geef tijdens het eerste contact en tijdens follow-upcontacten uitleg over mogelijke opties zoals abstinentiegerichte, onderhoudsgerichte en schadebeperkende interventies.

- Bespreek met cliënten of de familie en dichtbetrokkenen moeten worden betrokken bij de assessment en het behandelingsplan. Respecteer het recht op vertrouwelijkheid van de cliënt.

- Verzeker dat er duidelijke en afgesproken plannen zijn die een doeltreffende doorverwijzing tussen diensten vereenvoudigen, dit om verlies van contact met de cliënt te beperken.

Alle interventies voor cliënten die drugs misbruiken, moeten worden uitgevoerd door competent personeel dat zelf gepaste supervisie krijgt.

ONDERSTEUNEN VAN FAMILIE EN OMGEVING

- Bespreek met familie of dichtbetrokkenen wat de impact is van het drugmisbruik op henzelf en op andere familieleden, inclusief kinderen.
  - maak een gedetailleerde beschrijving van hun persoonlijke, sociale en psychiatrische gezondheidsbehoeften;
  - verstrek advies en schriftelijke informatie over de impact van drugmisbruik.

- Identificeer de behoeften van familie of andere dichtbetrokkenen. Wanneer u dit gedaan heeft, doe dan het volgende:
  - bied begeleide zelfhulp aan (meestal één sessie met verstrekking van schriftelijk materiaal);
  - informeer hen over ondersteuningsgroepen – bijvoorbeeld zelfhulpgroepen specifiek voor familieleden en dichtbetrokkenen – en breng hen hier eventueel mee in contact.

- Indien familie of andere dichtbetrokkenen significante problemen blijven hebben kan u eventueel individuele familiegesprekken aanbieden (normaal ten minste vijf wekelijkse sessies). Hierin moet:
  - informatie en educatie worden gegeven over drugmisbruik;
  - geholpen worden bij het identificeren van stressbronnen veroorzaakt door drugmisbruik;
  - doeltreffend coping-gedrag worden bevorderd.

IDENTIFICATIE EN ASSESSEMENT

Vragen stellen over drugmisbruik

- Het is aangewezen om binnen settings zoals psychiatrische gezondheidszorg en justitie, systematisch te vragen naar recent legaal en illegaal druggebruik, inclusief soort middel, methode van toediening, hoeveelheid en frequentie.

- Het is aangewezen om binnen settings zoals eerstelijnsgezondheidszorg, algemene ziekenhuis- en spoedafdelingen, te informeren naar recent druggebruik als de patiënt symptomen vertoont die kunnen wijzen op drugmisbruik, zoals:
  - acute pijn op de borst bij een jonge persoon;
  - acute psychose;
  - stemmings- en slaapstoornissen.

Initiële assessment

- Hou tijdens assessment en het ontwikkelen van en het eens worden over een behandelplan rekening met:
  - de medische, psychologische, sociale en professionele behoeften van de cliënt;
  - zijn voorgeschiedenis van druggebruik;
  - mogelijke ervaringen met eerdere behandelingen;
  - doelstellingen op het vlak van zijn of haar druggebruik;
  - de voorkeur van de gebruiker voor een bepaalde behandeling.

- Bij uitvoering en monitoring van het behandelplan:
  - bespreek het behandelplan met de cliënt en vraag zijn akkoord hierover;
  - onderhoud een respectvolle en ondersteunende relatie met de cliënt;
  - help de cliënt bij het:
    - identificeren van die momenten waarop hij of zij kwetsbaar is voor drugmisbruik, en
    - verken alternatieve coping-strategieën.
  - garandeer dat alle cliënten toegang hebben tot een brede waaier aan diensten;
  - blijf aandacht geven aan de betrokkenheid van de cliënt in de behandeling;
  - herzie regelmatig het behandelplan van een cliënt in een onderhoudsbehandeling, dit om na te gaan of detoxificatie moet worden overwogen;
  - werk samen met andere dichtbetrokkenen.

  - Maak gebruik van biologische tests (bijvoorbeeld van urine of speeksel) als onderdeel van een omvattende assessment. Gebruik deze echter niet als de enige diagnose- en assessmentmethode.

KORTDURENDE INTERVENTIES EN ZELFHULP

- Verstrek tijdens routinecontacten en op specifieke momenten (bijvoorbeeld bij het ruilen van spuiten) informatie en advies aan alle gebruikers over hoe ze het risico op via bloed overdraagbare virussen kunnen beperken.
  - Verstrek advies over het verminderen van seksueel risicogedrag en injectierisicogedrag;
  - Overweeg om tests aan te bieden op via bloed overdraagbare virussen.

- Groepsgerichte psycho-educatieve interventies, waarin informatie wordt verstrekt over het verkleinen van het risico op via het bloed overdraagbare virussen en/of over het verminderen van seksueel en injectierisicogedrag, mogen niet op systematische manier aangeboden worden.

- Indien drugmisbruik door een personeelslid of door de cliënt zelf wordt aangegeven, bied dan kortdurende motiverende interventies aan bij cliënten die:
  - weinig contact hebben met drughulpverleningcentra (bijvoorbeeld cliënten binnen een spuitenruilprogramma of in eerstelijnsdiensten);
  - niet in contact komen met drughulpverleningcentra (bijvoorbeeld in de eerste- of tweedelijnszorg, bij de arbeidsgeneesheer of in het hoger onderwijs).

- De interventies moeten:
  - bestaan uit twee sessies van elk 10-45 minuten;
  - peilen naar ambivalentie over druggebruik en mogelijke behandeling, met als doel om de motivatie om het gedrag te veranderen, te versterken en niet-oordelende feedback te geven.

- Verstrek systematisch informatie over zelfhulpgroepen.
  - Deze groepen zijn veelal gebaseerd op het 12-stappenprogramma; bijvoorbeeld *Anonieme Alcoholisten(AA), SOS Nuchterheid*.
  - Overweeg het eerste contact met deze groepen te faciliteren, maak bijvoorbeeld zelf de afspraak, regel vervoer en vergezel de cliënt naar de eerste sessie.

PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES

Contingency management

Principes van contingency management

- Zorg dat:
  - de doelstelling samen met de cliënt wordt bepaald;
  - beloningen tijdig en consistent worden afgeleverd;
  - de cliënt het verband tussen de behandelingsdoelstelling en het beloningsschema begrijpt;
  - de beloning een gezonde of drugvrije levensstijl versterkt en ondersteunt.

- Bied beloningen aan telkens een negatieve drugtest wordt afgelegd, meestal:
  - bons die kunnen worden ingeruild voor goederen of diensten die de cliënt zelf kan kiezen;
  - ofwel privileges, zoals dosissen methadon om mee naar huis te nemen.

- De waarde van de bons moet ongeveer €2,2 bedragen in het begin en moeten stijgen met elke bijkomende, ononderbroken periode van abstinentie.

- De eerste drie weken moeten er drie tests per week plaatsvinden, de volgende drie weken twee tests per week en vervolgens één test per week tot er stabiliteit is bereikt.
  - Gebruik urineonderzoek; maar zie speekseltests als een mogelijk alternatief.

Verbeteren van de lichamelijke gezondheid door contingency management

- Overweeg materiële beloningen (bijvoorbeeld winkelbons van maximum € 11) om schade door druggebruik te beperken bij cliënten die risico lopen op lichamelijke gezondheidsproblemen ten gevolge van hun drugsmisbruik (inclusief overdraagbare ziekten). Deze beloningen moeten aangeboden worden, bij toestemming met of het voltooien van schadebeperkende interventies, meer in het bijzonder:
  - een hepatitis B/C-test en hiv-test;
  - een hepatitis B-immunisatie;
  - een tuberculosetest.

Contingency management implementeren

- Het programma moet training voor hulpverleners voorzien zodat ze contingency management efficiënt kunnen voorzien en competent zijn op het vlak van sneltests. Het programma kan ook het volgende omvatten:
  - een overeenkomst met lokale gelastigden wanneer verandering van contracten of service level agreements vereist is;
  - nagaan van de bereidwilligheid van de dienst om contingency management te implementeren en de betrokkenheid van senior management, artsen en belangrijkste werknemers in het hulpverleningsaanbod;
  - een samenwerking met cliënten om de kennis van en bewustwording rond contingency management te vergroten en hen te betrekken bij het opzetten van behandelingen.

Als deel van het implementatieprogramma is het aangewezen dat de training van het personeel en de ontwikkeling van de modaliteiten van het hulpverleningsaanbod zorgvuldig worden geëvalueerd. Het resultaat van deze evaluatie moet worden gebruikt als basis voor de volledige implementatie van contingency management. Voor meer informatie, zie de NICE-richtlijnen (www.nice.org.uk/CG051 en www.nice.org.uk/CG052).

Gedragstherapie voor partners

- Overweeg gedragstherapie voor partners bij cliënten die in nauw contact staan met een niet-gebruikende partner, en die zich aanbieden voor de behandeling van misbruik van stimulantia of opiaten, inclusief de cliënten die nog steeds illegale middelen gebruiken tijdens een opiaatonderhoudsbehandeling of na detoxificatie. De interventie moet:
  - gericht zijn op het drugmisbruik van de cliënt;
  - bestaan uit ten minste 12 wekelijkse sessies.

Cognitieve gedragstherapie en psychodynamische therapie

- Overweeg evidence-based psychologische behandelingen (in het bijzonder cognitieve gedragstherapie [CGT]) voor comorbide depressie en angststoornissen, in overeenstemming met de bestaande NICE-richtlijn (zie pagina 18–19) voor cliënten die:
  - cannabis of stimulerende middelen misbruiken;
  - abstinentie hebben bereikt of gestabiliseerd zijn op onderhoudsbehandeling met opiaten.

- Bied CGT en psychodynamische therapie gericht op de behandeling van drugsmisbruik niet systematisch aan aan cliënten die cannabis of stimulerende middelen misbruiken of aan cliënten in een opiaatonderhoudsbehandeling.

OPIAATDETOXIFICATIE

Detoxificatie moet een toegankelijke behandelingsoptie zijn voor cliënten met een opiaatafhankelijkheid die bewust kiezen voor detoxificatie.

Assessment bij detoxificatie

- Onderzoek de aanwezigheid en ernst van de opiaatverslaving en het gebruik van andere middelen (alcohol, benzodiazepines en stimulerende middelen) bij cliënten die willen ontwennen.
  - Gebruik urineanalyses; ook sneltests zoals een speeksel- of ademtest is mogelijk.
  - Maak een klinische assessment van opiaatontwenningsverschijnselen (eventueel met officiële meetschalen als hulpmiddel).
  - Informeer naar de gebruiksgeschiedenis van drug- en alcoholmisbruik bij de cliënt en naar eventuele behandelingen.
  - Informeer naar de voorgeschiedenis van lichamelijke en psychiatrische gezondheidsproblemen en eventuele behandelingen.
  - Hou rekening met het risico op zelfverwonding, verlies van opiaattolerantie en misbruik van drugs of alcohol als reactie op de opiaatontwenningsverschijnselen.
  - Hou rekening met de sociale en persoonlijke situatie van de cliënt.
  - Hou rekening met de impact van het drugmisbruik op familieleden en personen ten laste.
  - Ontwikkel strategieën om risico op herval te beperken, rekening houdend met het ondersteunende netwerk van de cliënt.

- Indien opiaatafhankelijkheid of –tolerantie niet zeker is, gebruik dan aanvullende laboratoriumtests naast sneltests, vooral wanneer:
  - een jonge persoon zich voor het eerst aanbiedt om af te kicken;
  - het resultaat op een van de sneltests niet overeenkomt met de klinische evaluatie;
  - er complexe patronen van drugmisbruik worden vermoed.

Sneltests én bevestigende laboratoriumtesten dienen worden uitgevoerd door speciaal opgeleide gezondheidswerkers, in overeenstemming met de standaard werk- en veiligheidsprocedures.

Informatie en advies verstrekken

- Verstrek gedetailleerde informatie over detoxificatie en de bijhorende risico's. Onder meer:
  - lichamelijke en psychologische aspecten van ontwennen van opiaten, inclusief de duur en intensiteit van de symptomen en hoe ze kunnen worden opgevangen;
  - het gebruik van niet-farmacologische benaderingen om de ontwenningsverschijnselen op te vangen;
  - verlies van opiaattolerantie na detoxificatie en het bijhorende verhoogde risico op overdosis en overlijden door illegaal druggebruik, dat kan worden versterkt door het gebruik van alcohol of benzodiazepines;
  - het belang van langdurige ondersteuning en psychosociale en farmacologische interventies om abstinentie te behouden, comorbide psychiatrische gezondheidsproblemen te behandelen en het risico op nadelige resultaten (inclusief overlijden) te beperken.

- Adviseer cliënten over aspecten van hun levensstijl waaraan ze aandacht moeten besteden tijdens de detoxificatie, inclusief voeding, hydratatie, slaap en lichaamsbeweging.

- Willen cliënten zelfstandig ontwennen, moedig hen dan aan om dit te doen binnen een gestructureerd behandelingsprogramma of raad hen aan om minimaal contact te onderhouden met een drughulpverleningscentrum.

- Verstrek informatie over zelfhulpgroepen (zoals 12-stappenprogramma's) en steungroepen en help de cliënt eventueel met zijn aansluiting bij een dergelijke groep.

- Geef aan familie en dichtbetrokkenen informatie over de detoxificatie en de settings waarin de deze kan plaatsvinden.

Farmacologische interventies bij detoxificatie van opiaten

Keuze van de medicatie

- Bied methadon of buprenorfine aan als een eerste keuze van behandeling.
  - Start de detoxificatie met dezelfde medicatie als diegene die werd gebruikt voor een onderhoudsbehandeling;
  - Hou rekening met de voorkeur van de cliënt.

- Gebruik niet systematisch clonidine of dihydrocodeïne.

Dosering en duur

- Hou bij het bepalen van de aanvangsdosis, de duur en het schema (bijvoorbeeld lineair of stapsgewijs) rekening met onderstaande zaken en doe dit in overleg met de cliënt. Hou rekening met:
  - de ernst van de afhankelijkheid (voorzichtigheid is geboden als afhankelijkheid niet zeker is);
  - de stabiliteit van de cliënt (inclusief polidruggebruik, alcoholgebruik en comorbide psychiatrische gezondheidsproblemen);
  - de farmacologie van de ontwenningsmedicatie en bijkomende medicatie;
  - de setting waarin de detoxificatie plaatsvindt.

- Detoxificatie duurt normaal:
  - tot 4 weken in een residentiële setting;
  - tot 12 weken in een community setting.

Ultrasnelle detoxificatie

- Ultrasnelle detoxificatie onder algemene verdoving of onder algemene narcose of onder zware sedatie is niet aangewezen. Dit omwille van het risico op ernstige bijwerkingen en gevolgen zoals overlijden.

- Bied een ultrasnelle of snelle detoxificatie niet systematisch aan samen met precipitaded withdrawal[3].

- Snelle detoxificatie mag enkel worden overwogen bij cliënten die er specifiek om vragen, die de bijhorende risico's goed begrijpen en die in staat zijn om de bijkomende medicatie correct te gebruiken. In deze omstandigheden moet u tijdens het ontwennen:
  - controleren of de cliënt kan reageren op verbale stimuli en goed kan ademen;
  - adequate medische en verpleegkundige ondersteuning voorzien om het niveau van sedatie en de vitale tekens van de cliënt in de gaten te houden;
  - zorgen dat het personeel in staat is om ademhalingsondersteuning te bieden.

  - Bied een versnelde detoxificatie met behulp van opiaatantagonisten in lagere doses om de detoxificatie te verkorten niet systematisch aan.

Bijkomende medicatie

- Gebruik enkel bijkomende medicatie wanneer dit klinisch aangewezen is, zoals wanneer de patiënt agitatie, misselijkheid, slapeloosheid, pijn en/of diarree vertoont.
- Gebruik de minimale werkzame dosis en het minimale aantal geneesmiddelen noodzakelijk om de symptomen te behandelen.
- Let op voor de risico's van bijkomende geneesmiddelen en voor de wisselwerking tussen deze geneesmiddelen met de opiaatagonist.

Monitoring

- Wees u er van bewust dat geneesmiddelen die worden gebruikt om te ontwennen van opiaten op een recreatieve manier gebruikt kunnen worden. Daarom:
  – monitor therapietrouw, indien nodig;
  – pas, indien nodig, technieken toe die het risico op recreatief gebruik te beperken, zoals inname onder toezicht.

Speciale opmerkingen

- Stel detoxificatie niet systematisch voor aan cliënten die:
  - een medische aandoening hebben die een dringende behandeling vereist;
  - in voorarrest zitten of die een korte gevangenisstraf uitzitten; mogelijke ontwenningsverschijnselen van opiaten kan u behandelen met opiaatagonisten;
  - zich aanbieden in crisis- of spoedafdelingen; pak het onmiddellijke probleem aan, behandel de ontwenningsverschijnselen en verwijs indien nodig door naar een drughulpverleningscentrum.

[3] Precipitated withdrawal: plotse en snel opkomende ontwenningsverschijnselen. Het komt voor wanneer een antagonist (of een gedeeltelijke antagonist, zoals buprenorfine) toegediend wordt aan een cliënt die afhankelijk is van agonistische opiaten. Omdat buprenorfine een hogere bindende kracht heeft met de opiaatreceptor dan opiaten, gaat buprenorfine zich binden aan de receptor en vervangt het de aanwezige opiaten. Hierdoor zal de cliënt het verlies van het opiaateffect voelen en treden ontwenningsverschijnselen op.

- Bij vrouwen met een opiaatverslaving tijdens de zwangerschap moet detoxificatie met de nodige voorzorgen gebeuren.
- Behandel comorbide lichamelijke of psychiatrische gezondheidsproblemen samen met de opiaatverslaving. Volg de beschikbare NICE-richtlijn (zie pagina 18–19).

Cliënten die alcohol of benzodiazepines misbruiken

- Wanneer een cliënt die zich aanbiedt voor opiaatdetoxificatie ook alcohol misbruikt, kan u het volgende overwegen:
  - Tracht het alcoholmisbruik aan te kaarten, zelfs als de persoon niet afhankelijk is van alcohol Als de persoon alcoholverslaafd is:
    - in een ambulante of gevangenissetting: stel detoxificatie van alcohol voor alvorens te beginnen met het ontwennen van de opiaten;
    - in een klinische setting: pak tegelijk de alcohol- en de opiaatverslaving aan, of start met stabilisatie in een ambulante setting.

- Als een cliënt die zich aanbiedt voor detoxificatie van opiaten ook afhankelijk is van benzodiazepines, overweeg dan ook detoxificatie van benzodiazepines.
  - Hou rekening met de voorkeur van de persoon en de ernst van de afhankelijkheid van beide middelen wanneer u beslist om de twee verslavingen tegelijk of apart aan te pakken.

Psychosociale interventies tijdens en na detoxificatie

Contingency management

- Overweeg contingency management gericht op het verminderen van illegaal druggebruik zowel tijdens, als 3 tot 6 maanden na het afkicken van opiaten (zie pagina 10).

Interventies voor cliënten die naltrexone nemen:

- Bij cliënten die een onderhoudsbehandeling met naltrexone krijgen, kunt u volgende initiatieven overwegen om te voorkomen dat ze opnieuw afhankelijk worden van opiaten:
  - contingency management (zie pagina 10);
  - gedragstherapie voor partners of gedragsmatige interventies voor families. Dit is bedoeld voor cliënten die in nauw contact staan met een familielid, verzorger of partner die geen middelen misbruikt (gebaseerd op de principes beschreven op pagina 11 voor gedragstherapie voor partners).

Verdere behandeling en ondersteuning na detoxificatie

- Bied, los van in welke setting de detoxificatie plaatsvond, na een succesvolle detox, aan alle cliënten verdere behandeling, ondersteuning en monitoring aan, dit om te helpen abstinentie te behouden. Dit zou ten minste 6 maanden moeten duren.

ZORGSETTINGS

Community-based en residentiële settings

In een residentiële setting moeten dezelfde psychosociale interventies beschikbaar zijn als in de gemeenschap zelf.

- Overweeg een residentiële behandeling voor cliënten die willen afkicken en die significante comorbide lichamelijke, psychiatrische of sociale problemen hebben. De cliënt moet een residentieel of klinisch ontwenningsprogramma hebben voltooid en mag nog geen eerdere community-based psychosociale behandeling hebben gekregen.
- Evalueer meteen de cliënten die zijn hervallen in hun opiaatgebruik tijdens of na een residentiële behandeling. Overweeg onmiddellijke toegang tot alternatieve community-based of residentiële ondersteuning, inclusief onderhoudsbehandelingen.

Settings voor detoxificatie van opiaten

- Bied systematisch een community-based ontwenningsprogramma aan. Mogelijke uitzonderingen hiervoor zijn cliënten die:
  - nog niet eerder een formele community-based ontwenningsprogramma hebben gevolgd;
  - medische en/of verpleegkundige zorgen nodig hebben omwille van comorbide lichamelijke of psychiatrische gezondheidsproblemen;
  - moeten ontwennen van verschillende middelen;
  - ernstige sociale problemen hebben, die de effecten van community-based ontwenning beperken.

- Residentiële detoxificatie mag normaalgezien enkel overwogen worden bij cliënten die een hoge mate van medische of verpleegkundige ondersteuning nodig hebben omwille van:
  - ernstige comorbide lichamelijke of psychiatrische gezondheidsproblemen hebben, of
  - tegelijk moeten afkicken van opiaten en benzodiazepines of achtereenvolgens van opiaten en alcohol of
  - een minder ernstige opiaatverslaving, die bijvoorbeeld nog niet lang gebruiken, of
  - cliënten die aanzienlijk meer baat zouden hebben bij residentiële rehabilitatie tijdens en na de detoxificatie;

- Community-based detoxificatie moet worden overwogen bij cliënten die een grote mate van medische en/of verpleegkundige ondersteuning nodig hebben omwille van:
  - significante en ernstige comorbide lichamelijke of psychiatrische gezondheidsproblemen, of
  - bij gelijktijdige detoxificatie van alcohol en andere drugs.

De detoxificatie als dusdanig

Community-based detoxificatie omvat:

  - voorafgaande stabilisatie van het opiaatgebruik via farmacologische behandeling;
  - doeltreffende coördinatie van de zorg door specialisten of competente eerstelijnsartsen;
  - psychosociale interventies, waar nodig, tijdens stabilisatie en onderhoud.

Residentiële detoxificatie moeten worden uitgevoerd met 24/24u medische en verpleegkundige ondersteuning, evenredig met het drugmisbruik en de comorbide lichamelijke en psychiatrische gezondheidsproblemen van de cliënt. Farmacologische en psychosociale interventies dienen beschikbaar te zijn om de behandeling te ondersteunen.

Strafrechtelijk systeem

De toegang tot en de beschikbare keuzes voor bepaalde behandelingen van drugmisbruik moeten dezelfde zijn voor iedereen, ongeacht of cliënten vrijwillig dan wel juridisch verplicht ontwennen.

Gevangenissen

De behandelingsopties, inclusief detoxificatie, moeten vergelijkbaar zijn met die beschikbaar in ambulante settings.

- Wanneer u de keuze maakt voor een bepaalde behandeling, houd rekening met:
  - de lengte van de straf of het voorarrest en de mogelijkheid dat de persoon onverwacht vrijkomt;
  - risico's op zelfverwonding, overlijden of overdosis na het vrijkomen;
  - praktische moeilijkheden bij assessement van afhankelijkheid bij opiaatverslaving en het bijhorende risico op opiaattoxiciteit vroeg in de behandeling.

- Overweeg om cliënten met aanzienlijke problemen op het vlak van drugmisbruik toegang te verlenen tot een therapeutische gemeenschap speciaal ontwikkeld voor de behandeling van drugmisbruik in de gevangenis.

- Beschouw residentiële behandeling als een onderdeel van een globaal zorgplan voor cliënten die een geïnformeerde beslissing hebben genomen om drugvrij te blijven na hun ontslag uit de gevangenis.

IMPLEMENTATIE

NICE heeft tools ontwikkeld om organisaties te ondersteunen bij de implementatie van deze richtlijnen. De tools zijn te consulteren op hun website (www.nice.org.uk/CG051 en www.nice.org.uk/CG052)

De tools voor deze richtlijnen zijn geïntegreerd in andere tools van NICE met betrekking tot drugmisbruik.

- Een overzicht van informatie, die mogelijke ondersteuning weergeeft.
- Slides die de essentie van de richtlijnen in de kijker zetten, bruikbaar voor lokale discussie.
- Tools m.b.t. het financiële:
  - Kostenrapport om de nationale opbrengsten en kosten te berekenen die geassocieerd zijn met implementatie.
  - Kostensjabloon om de lokale kosten en opbrengsten in te schatten.
- Audit-criteria om de lokale praktijk te onderzoeken.

Aanvullende informatie

Bestelinformatie

U kan de oorspronkelijke Engelstalige richtlijnen terugvinden op www.nice.org.uk/CG051 en op

- De 'quick reference guide': dit is een samenvatting van de aanbevelingen voor gezondheidsprofessionals.
- NICE-richtlijnen 51 en 52: deze omvatten alle aanbevelingen.
- 'Understandig NICE guidance': een document met informatie voor cliënten die middelen misbruiken, hun familie en verzorgers.
- De volledige richtlijnen, alle aanbevelingen, details over de ontwikkeling en samenvattingen van het bewijs waarop de richtlijnen gebaseerd zijn.

Gerelateerde NICE richtlijnen

Voor informatie over NICE richtlijnen die in ontwikkeling zijn of reeds ontwikkeld zijn, zie de website www.nice.org.uk. Hieronder vindt u mogelijke interessante richtlijnen terug:

- Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. NICE public health intervention guidance 4 (2007).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/PHI004

- Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal guidance 114 (2007).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/TA114

- Naltrexone for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal guidance 115 (2007).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/TA115

- Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dismorphic disorder. NICE clinical guideline 31 (2005).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/CG031

- Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline 26 (2005).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/CG026

- Depression (amended): management of depression in primary and secondary care. NICE clinical guideline 23 (amended) (2004, amended 2007).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/CG023

- Anxiety (amended): management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 22 (amended) (2004, amended 2007).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/CG022

- Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. NICE clinical guideline 16 (2004).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/CG016

- Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE clinical guideline 9 (2004).
  Beschikbaar op www.nice.org.uk/CG009